

PERCEPCIÓN SOBRE EL DERECHO A LA SALUD EN LA POBLACIÓN USUARIA DE ASSBASALUD MANIZALES 2009-2010

PERCEPTION ABOUT THE RIGHT TO HEALTH CARE FROM THE ASSBASALUD USERS IN MANIZALES IN 2009-2010

DIANA ALEJANDRA RENGIFO*
LINA YAMILÉ GARCÍA**
ZOILA ROSA FRANCO PELÁEZ***

Resumen

Introducción: La presente investigación pretende analizar las percepciones de los participantes sobre el Derecho a la salud -los aspectos que se relacionan con él- y las categorías emergentes según los hallazgos encontrados. Surge de la preocupación constante de las autoras al observar y vivenciar en la cotidianidad de las prácticas profesionales, las inconformidades y las quejas continuas de los usuarios de los servicios de salud, en la institución. Según el estado del arte sobre las investigaciones previas, se encuentran diversos pronunciamientos jurisprudenciales por parte de la Honorable Corte Constitucional Colombiana, así como publicaciones de documentos y artículos en revistas indexadas, especialmente de las facultades de salud como es el caso de la Universidad Nacional de Colombia, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, la Universidad de Caldas, entre otras, además de las publicadas por la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y la Superintendencia de Salud, que hacen referencia a las denuncias realizadas por los ciudadanos de esta franja de población del SISBEN y que coinciden, muchas de ellas, con los resultados encontrados en la presente investigación; se considera la pertinencia y relevancia del estudio, dado el propósito expresado por los ministros del nuevo Ministerio de Salud y Protección Social quienes han hecho un llamado urgente a la academia colombiana para que publique, por cualquier medio, los resultados de este tipo de investigaciones, con el fin de trabajar propuestas capaces de reformar la Ley de Seguridad Social en Salud, atendiendo a los resultados de los estudios realizados por los investigadores del área para justificar, con bases científicas, la transformación del sistema nacional de salud. **Objetivos: General:** Desentrañar las percepciones que poseen los usuarios de ASSBASALUD sobre el Derecho a la salud y los

* Enfermera egresada de la Universidad de Caldas. Email: rengifoarias3@hotmail.com

** Enfermera egresada de la Universidad de Caldas. Email: linagasa1408@hotmail.com

*** Enfermera Magíster en Filosofía y Ciencias Jurídicas; Profesora Titular, Departamento de Desarrollo Humano; Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales Universidad de Caldas. Email: zoila.franco@ucaldas.edu.co

mecanismos para exigir su realización al Estado. **Específicos:** Indagar sobre cómo perciben los usuarios, el Derecho a la salud y los mecanismos para exigir su realización. **Materiales y métodos:** investigación social cualitativa, estudio de tipo cualitativo enfoque comprensivo. **Técnica:** entrevista cualitativa, **Material:** guía impresa no estructurada de pregunta abierta; **Sistematización de la información:** se realizó mediante el programa Excel para levantamiento de los textos en contexto. **Unidad de trabajo:** 16 pacientes usuarios de los servicios de salud, en centros de salud urbanos de ASSBASALUD de Manizales, con autorización de los directivos y consentimiento informado de los usuarios seleccionados según criterios de inclusión: pertenecientes al régimen subsidiado y portadores del carnet del SISBEN. **Criterios de exclusión:** problemas mentales, cognitivos, menores de edad. **Unidad de análisis:** los textos levantados que contienen las respuestas dadas por los participantes en las entrevistas realizadas. **Resultados:** se encontraron expresiones disímiles entre los participantes que denotan tanto la importancia como la complejidad de lo que representa el Derecho a la salud; así como contradicciones en las percepciones sobre los mecanismos para exigir la realización del Derecho al Estado; unas expresiones catalogadas como positivas y otras como negativas según las formas de percibir por parte de los participantes el derecho a la salud y los aspectos que se relacionan con él.

Palabras clave: Defensa de la salud, Derecho a la Salud, Derecho Constitucional, Políticas de Salud, Derechos del paciente. Fuente de donde se consultan las palabras claves (DeSC _ Bireme)

Abstract

Introduction: This paper research project pretends to analyze the perceptions of participants about the right to health care and the issues related to it as well as the emerging categories according to the findings. It arises from the constant concern of the authors while observing and experiencing, the dissatisfaction and continuous complaints from users of health services in the institution in their everyday professional practices. According with the state of the art of previous research, several legal pronouncements by the Honorable Colombian Constitutional Court have been found, as well as publications or documents and articles from indexed journals, especially in the Health Faculties from universities such as Universidad Nacional de Colombia, the National Public Health Faculty at Universidad de Antioquia, and Universidad de Caldas among others, and some others published by the Attorney General's Office, the Colombian Ombudsman, and the Health Services Superintendent's Office, which refer to the complaints posed by citizens belonging to the SISBEN (Potential Beneficiaries of Social Programs Identification System), many of which coincide with the findings in this research project. The pertinence and relevance of this study is given because of the purpose expressed by the Ministers appointed for the new Health and Social Protection Ministry, who have been calling Colombian academician's attention urgently to make public by any means the

result of this type of research projects in order to be able to work in proposals able to reform the Social Security and Health Law dealing with the results and findings of studies carried out by researchers in the area in order to justify, with scientific bases, the transformation of the national health care system. **Objectives: General:** Unravel the perceptions ASSBASALUD users have about the right to health care and about the mechanisms to demand its implementation from the State. **Specific:** To investigate about how users perceive the right to health care and the mechanisms to demand their implementation. **Materials and methods:** social qualitative investigation; qualitative type study with comprehensive approach. **Technique:** qualitative interview. **Material:** open questions unstructured printed guide, **Systematization of information:** Excel was used to develop the texts in context. **Work Unit:** 16 patients health care services users in ASSBASALUD urban health centers in Manizales, with the center managers' permission and users informed consent, selected through inclusion criteria belonging to the health care subsidized system and SISBEN card carriers. **Exclusion criteria:** mental and cognitive illness; underage patients. **Unit of analysis:** texts containing the responses given by participants in conducted interviews **Results:** Dissimilar expressions were found that show both the importance and complexity in of what the right to health care represents, as well as contradictions about the perceptions of the mechanisms for demanding the right before the State; some expressions were taken as positive and some others as negative according to the perception to the right to health care and the aspects related with it.

Key words: Health Care Defense. Right to health care, Constitutional Rights, The Politics of Health Care, Patients' Rights. These descriptors were taken from the DeSC –Bireme database

Introducción

Este artículo presenta los resultados de la investigación realizada durante el año 2009 y 2010, sobre las percepciones que poseen los pacientes, usuarios de ASSBASALUD de Manizales respecto al Derecho a la salud y los mecanismos para exigir su realización al Estado. Debe interpretarse como el derecho a la salud el que se hace efectivo a través de la práctica de la atención en salud y la prestación de los servicios sanitarios.

Vale la pena precisar semánticamente el término Derecho para ilustrar a los lectores sobre el contexto dentro del cual se planteó el problema de investigación.

El Derecho puede entenderse como lo que esta conforme a algo, o, mejor dicho, lo que está de acuerdo con una regla o norma, lo que se acata o cumple a cabalidad, sin desviaciones, rodeos o vacilaciones (Ferrater Mora, 2004:817); también se expresa en el sentido del conjunto de

cuanto es legítimo, para algunos lo que es de Derecho es lo que es justo, otros afirman la independencia mutua de la justicia y el Derecho, y otros finalmente llegan a subordinar al Derecho la justicia, sosteniendo que algo es justo porque se ajusta al Derecho. El derecho se opone al deber, en el sentido de que mientras el primero corresponde a lo que puede ser exigido, el segundo se refiere a lo que debe ser cumplido. (Ferrater Mora, 2004:817). Según lo citado el derecho a la salud por su naturaleza debe ser excluido del juego del mercado, pues este es totalmente incompatible con el manejo médico de la enfermedad, el dolor y la muerte, condiciones inherentes a la biología que se impone a todos los seres vivos incluido el hombre.

El estudio surge de la preocupación permanente de las investigadoras al observar en la cotidianidad de las prácticas profesionales en el sector salud, la inconformidad de los pacientes y sus familiares sobre la calidad de los servicios de salud que reciben, buscando resolver un problema de alteración de su salud de manera oportuna y eficiente. El derecho a la salud se ubica Constitucionalmente en el Título II de los derechos fundamentales; el artículo 11 hace referencia al derecho a la vida y la integridad personal y a la salud en conexidad con estos, proclamado por la Corte Constitucional de Colombia en el año 2008 como un derecho fundamental, universal y gratuito para los sectores en condiciones de pobreza y desempleo en virtud del reconocimiento al derecho a la igualdad, consagrado en el artículo 13 constitucional que hace referencia al apoyo a los ciudadanos en estado de debilidad manifiesta, como es el caso de los ciudadanos vinculados al SISBEN en sus niveles 1,2 y 3¹.

Objetivos: Identificar las percepciones de los participantes sobre el derecho a la salud y los mecanismos establecidos para exigir su realización al Estado; Indagar sobre como perciben los pacientes de ASSBASALUD el derecho a la salud e identificar la información que poseen sobre los mecanismos establecidos para su realización en el Estado Colombiano. **Métodos y materiales:** investigación social cualitativa de corte comprensivo, se desarrolla dentro de un enfoque de investigación cualitativa de corte comprensivo con **Técnica:** entrevista cualitativa; **materiales:** el instrumento es una guía impresa de entrevista no estructurada de pregunta abierta sobre los tópicos de la investigación, sistematizada con programa Excel en primera aproximación y levantamiento de textos para el análisis de las expresiones manifestadas por los participantes. **Unidad de trabajo:** 16 pacientes (13 mujeres y 3 hombres) usuarios de los centros de salud del área urbana de ASSBASALUD Manizales, que respondieran a los criterios de inclusión consistentes en la vinculación al régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud y clasificados en estrato socio-económico según el censo registrado en el SISBEN del municipio de Manizales, la **unidad de análisis** los textos levantados luego de la sistematización de la información con el fin de realizar el análisis a la luz del marco conceptual y teórico que iluminó el desarrollo del proceso investigativo. Luego del análisis

¹ Es necesario precisar estos conceptos del derecho a la vida y la dignidad de las personas porque están en estrecha conexidad como esencia que ha llevado a esta Honorable Corte, entidad guardiana de la Constitución Política de Colombia a proferir el fallo que declara a la salud como un derecho fundamental, universal y gratuito mediante las sentencias C-463 de mayo de 2008, y la T-760 de julio de 2008.

de la información obtenida o hallazgos se realiza la discusión y se formulan las conclusiones pertinentes.

Atendiendo a las nuevas tendencias que orientan el ejercicio de los derechos y las libertades fundamentales de los ciudadanos y ciudadanas colombianas en el marco de la salud como fundamento y esencia de la calidad de vida, así como la invitación permanente de los estudiosos del tema de la justicia y la equidad en salud de promover, promulgar y proteger este derecho como mínimo vital, las investigadoras consideran crucial la participación activa de la dinámica establecida, tanto por las organizaciones que conforman el sector salud, como las entidades que integran el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), con el fin de aportar información objetiva según los resultados de investigación social, para involucrar a los actores y escuchar las voces de los ciudadanos sometidos al descuido en la atención de salud como consecuencia de la discriminación, producto de su condición de pobreza y abandono por parte de los entes gubernamentales del sector salud que desconocen el Estado Social de Derecho que hace referencia a la forma de organización política que tiene como uno de sus fines combatir las penurias sociales o económicas y las desventajas de distintos sectores, grupos o personas de la población, prestándoles asistencia y protección... (Gómez Sierra, 2008:13). Este mandato constitucional debe llegar a educar en ciudadanía para empoderar a los colombianos y lograr la participación necesaria en la formulación de políticas públicas que promuevan y protejan los derechos a la vida, a la salud, y todos los que se relacionan con él para propender por el bien común y garantizar los intereses generales que deben primar sobre los particulares.

Hallazgos

Se presenta la información a partir de las siguientes categorías de análisis:

1. El reconocimiento del derecho a la salud.
2. La relación de la salud con la calidad de vida
3. Los servicios de salud y la atención en salud.

Y una cuarta (4.) categoría emergente según los hallazgos obtenidos, que se denominó: *la calidad del talento humano* que labora en las entidades prestadoras de los servicios de salud, expectativas y experiencias

1. **El reconocimiento del derecho a la salud.** Las percepciones expresadas por los participantes encierran una importancia capital al derecho a la salud cuando afirman que:

“todos tenemos el derecho a la salud como ciudadanos”; “este derecho se relaciona con el derecho a la vida y la dignidad, abarca a todas las personas, es fundamental aunque desgraciadamente es muy vulnerado en este país, se discrimina cuando se trata de los niños, los ancianos y los pobres.”

A pesar del déficit educativo que se demuestra de parte de los participantes, debido al desconocimiento común en la mayoría de los ciudadanos colombianos sobre el contenido de la Constitución Política de Colombia de 1991 donde se establece el mandato de obligatorio cumplimiento para el sector educativo a todo nivel, sobre el estudio de la Constitución dentro de la cual se consagra el Título II de los Derechos Fundamentales, Artículo 11, que sostiene que el derecho a la vida es inviolable y que el mismo va en conexidad con el derecho a la salud, lo anterior se menciona siguiendo uno de los aportes de los participantes que reconoce que *“el derecho la salud es cuestión de ciudadanía”*; además, otros de los participantes en el estudio ponen de relieve la primacía de la realización del derecho a la salud, así sea dentro de las condiciones precarias de asistencia del Estado con sus asociados, en circunstancias de pobreza y vulnerabilidad generada en los bajos ingresos o ausencia de estos.

2. **Relación del derecho a la salud con la calidad de vida.** Otros participantes expresaron en sus respuestas percepciones que se relacionan con aspectos atinentes a la salud como garantía de la vida buena *“vivir bien, mantener bien la salud para vivir sin enfermedad, estar con salud y vida para poder seguir adelante; es muy importante ya que es fundamental para la supervivencia del ser humano”*. Retomando el Título II de la Constitución Política de Colombia, vale la pena resaltar la exigencia en su articulado del tema relacionado con la seguridad social integral que establece la obligación irrenunciable del Estado en cabeza de sus gobernantes y administradores de velar por la creación de condiciones dignas que le permitan a sus ciudadanos gozar de una vida decente.
3. **La prestación de los servicios de salud.** Los usuarios de salud consideran que hay urgencia cuando señalan *“la rapidez en la atención”* lo cual se relaciona con la **oportunidad** según la gravedad en la alteración del equilibrio homeostático que sufre el paciente y su asistencia inmediata con la posibilidad de acceder al tratamiento de acuerdo a la enfermedad que se sufra o a la patología que se padezca.

También se refieren a la *“cobertura”* en el sentido de incluir todos los eventos establecidos para el tratamiento completo de la situación de salud problemática: terapias, medicamentos, exámenes de todo tipo, especialidades médicas, cirugía, medicina general. Se hace mención a *“las citas medicas que se piden por teléfono, cuando*

se asignan ya se ha resuelto la situación por otros medios, la mayoría de las veces no contestan y cuando lo hacen, la asignación es de meses". Así mismo manifiestan la gran cantidad de papeles y tramites "lo ponen a voltear a uno de un sitio para otro hasta para una inyección: antes no era así". Es evidente el señalamiento también a la cobertura geográfica con respecto a la existencia de instituciones y entidades que deben prestar los servicios de salud a nivel urbano y rural, local, regional y nacional; urgencias; consulta externa; odontología y cirugía.

4. **Calidad de talento humano: expectativas y experiencias.** En salud tiene mucho peso la expresión donde los usuarios resaltan el derecho a la salud y hacen señalamientos positivos en contraposición a otros negativos frente al tema de la atención que se brinda por parte del personal de salud en los siguientes términos:

"es tener la seguridad de que se está en buenas manos; en manos de gente profesional capacitada para solucionar problemas y que lo atiendan a uno como debe ser, respetando los derechos de los usuarios; con buena atención y buen trato".

También expresan,

"que no lo atiendan a uno a medias, que no lo regañen a uno, en muchos centros de salud medio lo tocan a uno y le dicen tómese esta pastica de ibuprofeno para que se le quite ese dolor de cabeza que es pasajero porque está haciendo mucho calor y listo, ibuprofeno para todo, los médicos están cohibidos de mandar lo que uno necesita porque no se los autorizan"

En este orden de ideas, los participantes resaltan la relación entre trato digno y la calidad, tanto humana como profesional y científico-técnica que debe caracterizar a las personas que integran el equipo de salud en una Institución del sector en la cual deben prestar el *servicio público de salud* a quienes lo soliciten, personas dignas y sujetos de derechos además de deberes

Síntesis de los hallazgos

El contenido de los presentes esquemas es exclusivamente lo mencionado por los participantes en la investigación:

Cuadro 1. Percepciones Sobre el derecho a la salud

Derecho a la salud como calidad de vida
Pertenece a la totalidad de las personas
Es fundamental
Sustenta la vida
Es vivir sin enfermedad
Se relaciona con el derecho a la igualdad y el derecho a la vida
Reconocimiento de la Dignidad Humana
Aporta a la Calidad de vida
Permite la vida buena
Permite seguir adelante
Mantiene la supervivencia
Es cuestión de ciudadanía
Negativos
Desgraciadamente es muy vulnerable en este país
Se discrimina cuando se trata de niños ancianos y pobres

Cuadro 2. Aspectos que se relacionan con el derecho a la salud

Aspectos que se relacionan con la prestación de los servicios y atención en salud
Oportunidad
Cobertura a toda la población en áreas geográficas alejadas
Procedimientos técnicos
Trato humanizado e igualitario
Atención de parte de excelentes profesionales de la salud
Respeto a los derechos
Atención integral
Puntualidad en la atención
Cobertura de acuerdo a las necesidades
Calidad del servicio
Acceso a los medicamentos
Atención de urgencias
Disponibilidad de especialistas
Negativos
Que no lo traten a uno a medias
Que no lo regañen
Que no lo despachen a uno con una pastica de ibuprofeno
Omiten un examen físico detallado
No se autorizan procedimientos médicos necesarios
Los médicos están cohibidos para cumplir con sus responsabilidades

Cuadro 3. Percepciones sobre la protección del derecho a la salud

Percepción de la protección del derecho a la salud por parte del Estado a los usuarios de los servicios de salud
Aspectos positivos
Ayuda a la población de bajos recursos
Se da atención gratuita a las personas del SISBEN
Nos permite asistir al centro de salud
El carnet hace posible acceder a la atención
Hay aseguramiento
El Estado sí protege los derechos
No se debe ser injusto porque tengo un carnet
Aspectos negativos
No hay una protección clara por parte del Estado
La atención depende del dinero o de las influencias que se tengan
No hay atención oportuna
Las citas no se dan cuando se necesitan
Mala atención en la calidad de la atención en salud
No se cubre la totalidad de los medicamentos
Se han vulnerado mis derechos como persona y como paciente
Hay que ser realista, es algo a lo que no se puede acceder

Cuadro 4. Mecanismos para exigir la realización del derecho a la salud

Percepción de los mecanismos establecidos para exigir la realización del derecho a la salud
La ley nos protege
Tal vez si uno va a la Secretaria de Salud le dan orientación
Con demandas
Es la tutela
No sé a dónde ir para instaurarla
Se demora mucho la respuesta
No sé, ni lo creo
El gobierno está ayudando mucho a las personas de la tercer edad yo ya me inscribí pero todavía no me ha llegado el carnet, pero no pierdo la esperanza

Fuente: expresiones de los usuarios de ASSBASALUD participantes en la investigación.

Para sintetizar, a pesar de que los participantes pertenecen al régimen subsidiado y a un estrato socioeconómico bajo, y que poseen un nivel educativo entre medio y bajo, estas condiciones no los exime de una capacidad crítica para hacer señalamientos con relación a las fallas y la profunda crisis de salud que enfrentan los colombianos. Con respecto a la protección del

derecho a la salud es preocupante observar la actitud de resignación que expresan varios participantes lo que demuestra falta de conocimiento, empoderamiento, y movilización social para exigir ante los organismos pertinentes la reivindicación del derecho a la salud tal como se estipula en las Sentencias de la Corte Constitucional, en las tutelas resueltas y en el espíritu de la Ley 100 y todos sus decretos reglamentarios.

“Al menos ellos nos brindan el derecho de que podamos venir a este centro de salud”, “mucha cosa hace ese carnet” “porque yo todo lo que he necesitado, exámenes y todo me lo han cubierto a mí y a mis hijos; por ejemplo el gobierno ahora esta respetando los derechos de la gente, está dando la oportunidad a mucha gente, está ayudando mucho a la población de bajos estratos; pues yo considero que uno tiene el respaldo del estado, que de pronto no es la atención que uno espera y uno si dice que la salud en Colombia es muy superficial, que no le cubre a uno todas las necesidades; al menos que uno venga a este puesto de salud, porque si no fuera así no le darían la droga, no hay que comprarla, al menos ellos nos brindan el derecho de que podamos venir a este centro de salud”.

Hay momentos coyunturales donde los gobernantes y administradores del Estado utilizan los recursos públicos como medio para captar la atención de los electores en épocas pre-electorales facilitando a los grupos de población del SISBEN elementos, programas, y servicios para comprometer su voto en ejercicio del derecho a la participación política. Sin embargo, la mitad de los participantes expresaron no sentirse protegidos por el Estado, según los señalamientos contenidos en los cuadros 3 y 4.

En la materia de estudio sobre los derechos humanos surge la dificultad inconveniente de establecer una definición de estos derechos, porque su concepción comprende diversos aspectos conceptuales que tienen que ver con varias disciplinas del saber. Para mejorar la comprensión de la naturaleza de estos derechos es necesario recordar que son a la vez atributos del ser y normas de carácter positivo. Son atributos porque forman parte de la esencia misma del ser humano en cuanto ser, como sujeto de dignidad debido al valor intrínseco que posee por el hecho del haber nacido en el seno de la especie humana. Son derechos porque en el curso de su desarrollo histórico se han incorporado al ordenamiento positivo internacional y nacional, y, como tales, constituyen prerrogativas de la persona que el Estado tiene la obligación de proteger. Por esta razón son exigibles y forman parte del sistema jurídico que regula las relaciones del estado con el ciudadano y las personas entre sí. En la expresión de uno de los participantes aparece como evidencia una forma de conculcar el derecho a la salud según afirma “no hay protección clara de este derecho por parte del Estado” (Ver cuadro 3).

Los derechos humanos se definen de acuerdo con la perspectiva filosófica de donde emerge la visión política que la legitiman y la óptica jurídica que los codifica y los hace exigibles. Filosóficamente son principios rectores que configuran la naturaleza del ser humano. Estos principios se consideran atributos inherentes a la persona, de ahí que su negación conduzca a la

negación de la dignidad de la persona en sí misma considerada. Siguiendo esta concepción, los derechos humanos son inalienables, intransferibles, innegociables, irrevocables; son derechos subjetivos. Políticamente los derechos también son los principales rectores de la democracia y le imprimen sentido a la función del Estado, de ellos emana su legitimidad como Estado Social de Derecho. El ser humano es la fuente del deber y la soberanía a partir del momento en que se adoptó la cosmovisión del ser en libertad e igual en dignidad y derechos. Por esta razón una de las primeras manifestaciones de las revoluciones demo liberales fue la consagración de los derechos del hombre y del ciudadano. Desde este punto de vista, los derechos humanos son el factor determinante de las políticas públicas y deben ser el eje de los planes de desarrollo. (Galviz Ortiz, 2008:63). Así cuando un ciudadano afirma *“la atención depende del dinero y las influencias que se tengan”* se plantea una clara discriminación en la prestación del servicio público de salud que además vulnera el derecho a la igualdad (Ver cuadro 3).

El reconocimiento del derecho a la salud en el sistema general de seguridad social en salud, el cual está conformado por las entidades promotoras de salud y por las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tiene por objeto crear condiciones que posibilitan el acceso de las poblaciones afiliadas a todos los niveles de atención para cubrir las contingencias por enfermedad generada y maternidad (ley 100 de 1993, art, 152) (República de Colombia, 2008:35), este sistema crea las condiciones de *acceso a un plan obligatorio de salud* para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permite la protección integral de las familias en la enfermedad general, la maternidad las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, y tratamiento, y rehabilitación para todas las patologías según la intensidad del uso y los niveles de atención y complejidad de la atención que se define (ley 100 de 1993, art. 163).

Son afiliados del sistema general de seguridad social en salud todos los residentes en Colombia que se encuentren afiliados al régimen contributivo, o al régimen subsidiado y los vinculados temporalmente. El régimen subsidiado, está constituido por la población de menores ingresos y sin capacidad de pago de los servicios de salud (ley 100 de 1993, art. 201). El SGSSS² debe brindar atención en salud integral a la población en las fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en *cantidad, oportunidad, calidad, eficacia* de conformidad con lo previsto en el artículo 162 de la ley 100 de 1993, respecto al plan obligatorio de salud (ley 100 de 1993, Ar153, núm. 3) (Patiño Beltrán, 2007:11, 12).

Puede observarse cómo las expresiones de los participantes en la investigación señalan en sus aportes las condiciones de cantidad, oportunidad, calidad y eficacia en la prestación de los servicios de salud, haciendo la salvedad de que la cantidad la expresan como cobertura,

² Sistema General de Seguridad Social en Salud.

es decir, que cubran todos los elementos indispensables para garantizar la integralidad en la atención, lo que redundaría en su calidad y eficacia. Se afirma “*no hay atención oportuna; las citas no se dan cuando se necesita; no se cubren la totalidad de los medicamentos; hay que ser realista, es algo a lo cual no se puede acceder*” (Ver cuadro 3.)

Los alcances del derecho a la salud están contemplados desde el artículo 1° de la Constitución Política De Colombia de 1991, que define al país como un Estado Social de Derecho, definición que responde a una concepción humanista de un Estado que encuentre su razón de ser y existir en la promoción y mantenimiento, de unas condiciones mínimas de existencia, acordes con el resto que se debe a la dignidad humana, en beneficio de todos los asociados.

Tales condiciones mínimas se concretan en la Nación, con la consagración constitucional de los derechos y garantías reconocidos a toda persona. (Título II de la carta política), de la primacía de “los derechos inalienables de la persona” (art 5, CP), en el establecimiento de mecanismos efectivos, para la protección y aplicación de esos derechos y garantías (CAP 4, título II precitado). Este conjunto de derechos y garantías ocupan un espacio axiológico y privilegiado; son fundamentales, es decir, que no requieren desarrollo legal para hacerse efectivos, y cuyo pleno ejercicio puede exigirse a través de la acción de tutela. Tal ocurre con el derecho a la seguridad social, concebido por el constituyente como “*un elemento indispensable para posibilitar unas condiciones de vida dignas.*” Igualmente, dicho derecho aparece consagrado en el artículo 48 de la Constitución política colombiana como “un servicio de carácter obligatorio”, cuya efectividad demanda, de acuerdo con su naturaleza la existencia de condiciones que posibilitan su prestación y su más amplio desarrollo. Así lo ha definido la corte constitucional: “Cuando se habla del derecho a la salud, no se está haciendo cosa distinta a identificar un objeto jurídico concreto del derecho a la vida, y lo mismo ocurre, cuando se refiere al derecho a la integridad física. Es decir se trata de concreciones del derecho a la vida, mas no de bienes jurídicos desligados de la vida humana, porque su conexidad próxima es inminente” (Gaviria Díaz, sentencia T- 042, 1996).

El derecho a la vida necesariamente comprende los derechos a la salud y a la integridad física de la persona tal como lo expresa el Dr. Vladimiro Naranjo Mesa, en la sentencia T- 494 de 1993, referencia a expediente T- 16663. Una de las participantes expresa “*se han vulnerado mis derechos como persona y como paciente*” (Ver cuadro 3).

“El derecho a la integridad física comprende el respeto a la corporeidad del hombre y de la mujer³ de forma plena y total, de suerte que conserve su estructura material como ser humano.

³ Nota: agregamos mujer en cumplimiento del objetivo del milenio que formula trabajar por la equidad de género que implica el reconocimiento del género femenino explicitando su nombre, “mujer”, en tanto es en su cuerpo donde se da la maternidad, estado que protege muy especialmente el sistema general de seguridad social en salud, como expresión de la ley 100 de 1993 que reconoce el derecho a la salud de todos y todas en Colombia

Muy vinculado con este derecho –porque también es una extensión directa del derecho a la vida- está el derecho a la salud, entendido por tal facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad organizativa o funcional de su ser. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento, lo que conlleva a la necesaria labor preventiva contra los probables atentados o fallas de la salud, y esto porque la salud es una condición existencial de la vida humana en reconocimiento de la plena dignidad: al hombre no se le debe una vida cualquiera, sino una vida saludable.

La persona humana requiere niveles adecuados de existencia, en todo tiempo y en todo lugar, y no hay excusa alguna para que a un hombre no se le reconozca su derecho inalienable a la salud.

Afirmar que solo se viola el derecho a la vida cuando se causa la muerte de una persona es inexacto, porque la vida es debida al hombre en justicia, es la vida digna, es decir, íntegra y saludable con proyección hacia la satisfacción de los fines racionales del ser humano como persona.

Cuando hay peligro para la salud o la integridad física, de una u otra forma se afecta la vida humana. Esto es incuestionable. Es absurdo argüir que si se afecta una parte del todo vital, este permanece incólume, porque es desconocer la conexidad entre las partes y el todo.

Es cierto que la salud y la integridad física son objetos jurídicos identificables, pero nunca desligados de la vida humana que los abarca de manera directa. Por ello cuando se habla del derecho a la vida se comprenden necesariamente los derechos a la salud e integridad física, porque lo que se predica del género cubija a cada una de las especies que lo integran. Es un contrasentido manifestar que el derecho a la vida es un bien fundamental, y dará a entender que sus partes –derecho a la salud y derecho a la integridad física- no lo son. (Patiño Beltrán, 2007:118-119).

Todo lo anterior fundamenta la categoría de análisis titulada la relación de la salud con la calidad de vida humana (Ver cuadro 1). Cuando los participantes en la investigación expresan su percepción sobre el derecho a la salud afirman que esta se relaciona con el derecho a la vida y el reconocimiento de la dignidad humana que abarca a todas las personas, garantizar la supervivencia del ser humano y vivir bien para poder seguir adelante; denota la importancia del derecho a la salud en la construcción del proyecto vital individual, familiar y social en todas las etapas de su desarrollo desde su concepción hasta la muerte.

El término impacto muy común en estudios de corte epidemiológico y demográfico, puede interpretarse según su definición como choque violento o agresivo de un artefacto contra una superficie determinada, lo cual no es lo que se desea expresar en este estudio, máxime

cuando se hace referencia al derecho a la salud como fundamento de la vida y la integridad de las personas, se retoma entonces el término “gran efecto o influencia” que ha ejercido toda la doctrina constitucional sobre la preeminencia del derecho a la vida, salud y dignidad de las personas en estrecha conexidad como esencia que ha llevado a esta Honorable entidad guardiana de la Constitución Política de Colombia, a proferir el fallo de la Corte Constitucional, que declara la salud como un derecho fundamental, universal y gratuito, mediante las sentencias C- 463 de mayo de 2008 y la T-760 de julio de 2008. Para la Corte es evidente que el sistema de salud en Colombia no está funcionando como lo manda la ley 100 de 1993, situación que se evidencia en el altísimo número de acciones de tutela interpuestas por los usuarios de servicios de salud que se aplicaron a tramitar este recurso judicial que entre 1999 y 2007 ascendieron a 610.000, según datos aportados por la Defensoría del Pueblo (revista de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC 2009), con el fin de solicitar servicios, procedimientos, medicamentos contenidos en el POS. Entre las causas que originan el fallo además de las anteriores, la Corte señala el incumplimiento de las metas de cobertura universal que mantiene a millones de colombianos sin el acceso a este servicio fundamental; la liquidación del servicio social, dejando la responsabilidad de la prestación de este servicio público esencial en manos del sector privado; el deterioro progresivo y la privatización de la red pública hospitalaria y las graves fallas de gobernabilidad, inspección, vigilancia y control del sistema, así como la falta de capacidad técnica del ministerio de la protección social, han impedido corregir sus faltas y desaciertos en el que los intereses económicos y las leyes del mercado, han primado sobre el deber sagrado del Estado Colombiano de proveer las condiciones para garantizar los servicios de promoción, prevención y cuidado integral de la salud de los ciudadanos. Los participantes con relación a este aparte señalan: *“la ley nos protege; tal vez si uno va a la secretaria de salud le dan orientación; se exige el derecho con demandas y tutelas”*.

Se considera que estas sentencias son muy importantes desde el punto de vista de la filosofía del Estado Social de Derecho consagrado en nuestra Carta Magna, porque apoya el respeto a la dignidad y los derechos de los colombianos, sin desconocer que el aspecto más álgido del problema lo constituye el sistema financiero del sector, porque se basa en los aportes de quienes poseen un empleo formal, los cuales son cada vez más escasos, lo que afecta a la población más pobre, con servicios de salud inequitativos, inoportunos, sin calidad lo que exige un replanteamiento total del sistema (Carvallo Suarez, 2009:2).

La situación de crisis financiera del sector exige investigación rigurosa, seria y juiciosa, con el fin de develar las verdaderas circunstancias que subyacen en el déficit del sector; los gobernantes enfatizan asuntos atribuibles a los jueces, los médicos y los pacientes, señalando a estos actores como los responsables de la corrupción que ha desangrado el fondo de solidaridad y garantías para la salud FOSYGA, sin investigaciones previas ni medidas de control necesarias. La declaratoria de emergencia social reconoce la corrupción de la administración que está en manos de la intermediación privada que solo protege sus intereses de rentabilidad. Según

datos presentados en el marco de 1° congreso internacional de sistemas de salud, realizado en la Pontificia Universidad Javeriana, organizado por la facultad de ciencias económicas y administrativas en noviembre de 2010, la crisis del sector está centrada en el descalabro financiero derivado de las tutelas y los recobros al FOSYGA que según información del ministerio de la protección social se realiza dos o tres veces mayor de lo que se cotiza en el mercado.

Se omite de esta información, los informes de rendimiento financiero obtenidos por la intermediación privada en el manejo de los dineros públicos de la salud y en la prestación del servicio público de la salud a la población colombiana que ha causado enriquecimiento exagerado a las entidades promotoras de salud (EPS). Las implicaciones morales de la ley 100 de 1993, que regula el sistema general de seguridad social, es una manifestación de la ideología neoliberal cuyas consecuencias se relacionan con la competencia y la imposición de lo económico sobre la dignidad de las personas entre otras; es decir, la salud convertida en un negocio que exige un comprador y un vendedor en la búsqueda de bienes económicos, que requieren de intermediarios que en este caso son los profesionales de la salud que proveen la atención o el servicio público de la salud (grupo de investigación en bioética, 2001:82). Pero el horizonte del sentido moral y el ethos que implica la dignidad, los derechos y deberes como imperativos filosóficos y políticos que caracterizan a la sociedad, a los pueblos y a las naciones que conforman la humanidad, siempre está en la reflexión juiciosa de quienes se resisten a permitir la distorsión cognitiva que quieren imponer aquellos que creen aun en lo que promulgan los imperios contruados a espaldas de lo humano verdaderamente humano. Cuando los participantes perciben la salud como *“el sustento de la vida; aporta a la calidad de vida; permite la buena vida; mantienen la supervivencia”* (Ver cuadro 1) hay un reconocimiento intrínseco por parte de los ciudadanos de lo que es la vida, entendida como el principio vital que anima lo viviente y lleva a la vitalidad de los organismos biológicos; o como modo humano de la vida práctica, que encierra la vida moral en un vivir de acuerdo con las mejores costumbres y más altas formas de convivencia social, que puede extenderse hasta comprender la vida teórica por la cual se entendió la mas alta forma de vivir; vida biológica que entraña la vida mental, intelectual, espiritual en un proceso de interiorización que establece tres niveles de expresión: la vida, el ser y la inteligencia. Visto así, la vida es un principio que mueve todas las realidades, exteriorizaciones y movimientos del ser vivo, es libertad y necesidad por lo que se considera irreductible a la cantidad, al esquema, a la medida, de ahí que no puede reducirse a un valor de utilidad, puesto que constituye evolución creadora en el desenvolvimiento de la vida misma en sus infinitas posibilidades. Se afirma por parte de uno de los participantes que *“el derecho a la salud desgraciadamente es muy vulnerado en este país”* (Ver cuadro 1) lo que niega la vida.

Vivir es encontrarse con el mundo aprisionado de las circunstancias; saberse viviendo, es elección y un continuo hacerse en la realización de su programa, es decir, en su mismidad (Ferrater Mora, 2004: 3688-3693). ¿Cómo podría entonces convertirse la vida como

principio, derecho y valor fundamental, junto con la salud y la integridad física de cualquier persona digna en mercancía? ¿Cómo se hace para convertir las condiciones inherentes a la naturaleza corpórea del hombre como lo son el dolor, la enfermedad, el sufrimiento, la vejez y la muerte en mercancías intercambiables por dinero? Definitivamente no cuadran estas lógicas, no pueden combinarse, son como el agua y el aceite, estas ideologías contemporáneas a todas luces perversas y diabólicas. La dignidad humana y los derechos humanos son innegables, irrenunciables, inalienables. Con razón uno de los participantes en la investigación que nos convoca afirma: *“el derecho a la salud se discrimina para los niños, los ancianos y los pobres”*, desconoce el derecho a la igualdad consignado en el artículo 13 de la constitución política de Colombia que a la letra dice:

Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades, y gozaran de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razón de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptara medidas a favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentran en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionara los abusos o maltrato que contra ellos se cometan (Gomez Sierra, 2008:18).

Para realizar este propósito, la “política de igualdad” parte de diferenciar claramente cuatro contextos normativos en los cuales los sujetos pueden obtener su autonomía y alcanzar su reconocimiento. Del planteamiento de las necesidades incorpora además la tesis según la cual el Estado no asegura ni protege los derechos e intereses de todos si no se satisfacen las necesidades básicas y se proporcionan los recursos y posibilidades para que cada uno pueda desarrollar la forma de vida que desee, (Cortez Rodas, 2001:45). Se afirma que *“el derecho a la salud discrimina cuando se trata de los niños, los ancianos y los pobres”* (Ver cuadro 1).

En este orden de ideas el tema de la igualdad o equidad en salud queda soslayado a la defensa del estado no de la dignidad y los derechos de los ciudadanos, sino a la defensa de los intereses económicos de los grandes empresarios de la salud que están negociando bienes intangibles, inherentes a la condición y naturaleza humana a la cual nadie ha podido escapar ni podrá hacerlo hasta ahora; las mercancías mal llamadas enfermedad, dolor, sufrimiento, vejez y muerte pertenecen, siguiendo este perverso juego, al lado oscuro, negativo, degradante, incapacitante y angustioso del devenir de la existencia humana que produce saldo en rojo en las posibilidades personales, familiares, sociales.

Creemos las investigadoras que es imposible establecer un equilibrio entre dos objetos de análisis inteligente y racional entre lo que se vende y se compra. El ser humano existencial posee valor, pero no precio y menos aun las circunstancias de su naturaleza que son ineludibles, frente al paso inexorable del tiempo en el que transcurre su proyecto vital. ¿Cómo se le pone precio en términos económicos al dolor, al sufrimiento, a la enfermedad, a la fragilidad que entrañan las edades extremas del ciclo humano como lo son la infancia y la vejez? Lo mínimo que podría ser intercambiable en este sentido son los costos de los recursos necesarios para superar tan adversas circunstancias, para proveer la calidad de vida como reconocimiento, respeto y realización de la dignidad humana.

Como lo afirma Madrid–Malo Garizabal: *“Ni las autoridades ni los particulares pueden atacar injustamente la vida recién iniciada, la vida en su plenitud, la vida imperfecta o la vida que declina”* (1989:55).

Discriminar a un ser digno, sujeto de derechos debido a condiciones impuestas por la naturaleza inherente a la humanidad podía asimilarse a un crimen de lesa humanidad porque cada condición de las citadas afecta, principalmente, la autonomía de la persona, su libertad y su independencia para poder desplegar sus capacidades y ejercer sus libertades constitucionales. La ignorancia, la falta de información oportuna, clara, concreta y sencilla sobre lo que concierne al estado de enfermedad que padece el paciente, los procedimientos, trámites y toda la parafernalia que creó el modelo neoliberal aplicado a la prestación de los servicios de salud, como lo afirma un participante en la investigación, ha hecho mucho más complicado y complejo el acceso a la atención: *“antes no era así”*, comenta; esta situación desconoce además el derecho a la información veraz y oportuna y el derecho al debido proceso en las instituciones y entidades encargadas de este servicio público fundamental. Una de las participantes al ser interrogada respecto al conocimiento de los mecanismos para exigir la realización del derecho a la salud, refiriéndose a la tutela responde *“no saber a dónde ir para instaurarla”* (Ver cuadro 4).

El afán de rendimiento económico en el negocio de la salud en Colombia ha profundizado la discriminación y la desigualdad porque el rentismo consiste en la reproducción de prácticas impuestas de facto por grupos poderosos, en usufructo de su privilegiada posición en la estructura política y económica del país, para la satisfacción política y excluyente de intereses propios a expensas de los intereses del resto de la población, sin una retribución a la sociedad que guarde una proporción a los beneficios capturados para provecho propio(. . .) esta es una razón fundamental aunque no única por la cual un país como Colombia no ha podido alcanzar la instauración de un Estado Social de Derecho (Garay, 1999:10-11).

A modo de conclusiones:

Escuchar las voces de los ciudadanos en condiciones de pobreza y vulnerabilidad permite recordar que ninguna técnica de comunicación mediada por algún artefacto como el teléfono o el internet aporta por sí misma la comprensión humana. La comprensión no puede digitarse. Educar para la comprensión humana es la misión espiritual justa como condición y garantía de la solidaridad intelectual y moral de la humanidad (Morin, 1999:69). El olvidar que se es humano borra el rostro del sufriente que nos interpela en lo que de dignos nos reconocemos; se pierde también esa dignidad inalienable para poder instrumentalizar, compartimentalizar y denigrar al que se quiere convertir en objeto para utilizar y manipular, negándole su humanidad para convertirla en mercancía en un juego económico perverso que no se compadece con los derechos fundamentales, como atributos para construir una vida con altura humana; “*al menos nos dan el derecho de que podamos venir a este centro de salud*” expresa uno de los participantes en la presente investigación. El significado de derecho a la salud expresado por varios participantes en la investigación apunta hacia el bienestar: “vivir bien” “tener bien la salud” “que lo atiendan a uno bien” entre otros. La concepción de bienestar se relaciona con la experiencia de bienestar que vivencian las personas. Es una experiencia de vida que puede extenderse en tres planos: experiencia cognitiva, experiencia afectiva y experiencia hedónica (Rojas 2009: 24-25). Estas experiencias se presentan en distintos grados o intensidades y cumplen funciones evolutivas importantes. (Buss, 2000; Bergsma, 2000; Grinde 2002). La experiencia del bienestar de tipo cognitivo se manifiesta por logros y fracasos en el alcance de metas y propósitos de vida... La experiencia afectiva se manifiesta en el disfrute y *sufrimiento* relacionado con los afectos, emociones y estados de ánimo que la persona experimenta... La experiencia hedónica involucra el uso de los sentidos; por ello es una experiencia sensorial y se manifiesta en placeres y *dolores*. (Rojas, 2008).

La dignidad es explicitar siempre la condición humana de ser racional; la decencia significa no encubrir esta condición con actos que la subordinan y la degradan. Por lo tanto, si el ser humano asume esa decencia ante él mismo, es una persona merecedora de respeto. Si además esa decencia es exteriormente apreciada, entonces ese respeto puede ser compartido por lo demás y es un garante de las relaciones entre seres que se consideran interlocutores válidos (Gómez, 2008:46-47). Como lo expresa uno de los participantes en su percepción sobre el derecho a la salud: “*es una atención oportuna, con calidad y respeto por los derechos de los usuarios*”, es decir, asumir que el usuario es un alter ego, otro, que merece trato como fin en sí mismo, no como un medio, es una protección de mi propia humanidad, un ser moral; cuidar de que no se degrade la humanidad propia ni la del otro, en relaciones de reciprocidad y solidaridad. “*el derecho a la salud significa derecho a la vida y a la dignidad*”

Agradecimientos:

Deseamos expresar profundos sentimientos de gratitud a ASSBASALUD en cabeza de sus directivas y administrativos, a las colegas y los pacientes que con sus aportes al trabajo realizado hicieron posible la publicación final de los resultados de la investigación y a la profesora Rocío Cifuentes Patiño, editora de la revista Eleuthera, a los miembros del comité científico, editorial y técnico al departamento de Desarrollo Humano, y la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Caldas.

Las autoras.

Referencias bibliográficas

Carvalho Suarez, Beatriz. (2009). Acompañamos el fallo de la corte constitucional, que declara la salud como derecho fundamental, universal y gratuito. En: ANEC, publicación oficial de la Asociación Nacional De Enfermeras De Colombia, ISSN 0124-6003, N° 63. Lic.: min gobierno N° 00650. Editorial P. 2

Cortes Rodas, Francisco. (2001). El proyecto político democrático y la cuestión de los derechos humanos sociales. En: Pensamiento en salud pública, el derecho a la salud. Medellín, Facultad Nacional de Salud Publica “Héctor Abad Gomes” Universidad de Antioquia.

Ferrater Mora, José (2004). Diccionario de filosofía tomo IA. D. Barcelona: Ariel

Ferrater Mora, José. (2004). Diccionario de filosofía tomo IV A. D. Barcelona: Ariel

Galviz Ortiz, Ligia (2008). Comprensión de los derechos humanos, una visión para el siglo XXI, cuarta edición. Bogotá D. C.: Aurora.

Garay, Luis Jorge. (1999) construcción de una nueva sociedad, Bogotá, tercer mundo editores, En Alba Lucia Vélez Arango, Cecilia Realpe Delgado, Javier Gonzaga Valencia Hernández. Libro de investigación, la protección del derecho a la salud y la acción de tutela. Manizales, Universidad de Caldas, 2009. P. 10-11

Gómez Gallego, Rocío. (2008) La dignidad humana en el proceso salud- enfermedad. Bogotá. Universidad del Rosario. P. 46-47

Gómez Sierra, Francisco (2008). Constitución Política de Colombia (corte constitucional, sentencia T-426 de junio de 1992) Anotada: vigésima sexta edición. Bogotá: Leyer.

Gómez Sierra, Francisco. (2008) Constitución Política de Colombia anotada vigésimasexta edición, Bogotá. Leyer.

Grupo de investigación en bioética. (2001) La ley 100 y sus implicaciones morales; Universidad

autónoma de Manizales. En: Nova & Vetera, boletín del instituto de investigaciones de la ESAP. Derechos humanos, N° 45. ISSN 0123-2614. P. 82

Madrid- Malo Garizabal, Mario. (1989) los derechos humanos en Colombia. ESAP P. 55.

Morín Edgar. (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Bogotá UNESCO Ministerio de Educación Nacional. P. 69

Patiño Beltrán, Carlos Arturo. (2007) La tutela en salud y riesgos profesionales segunda edición. Bogotá: Leyer.

_____ (2007) La tutela en salud y riesgos profesionales segunda edición. Bogotá: Leyer.

Republica De Colombia (2008), Sistema General De Seguridad Social Integral, Ley 100 De 1993, Bogotá D. C. Motto Ediciones.

Rojas Mariano. (2009) Aspectos epistemológicos y metodológicos del bienestar subjetivo. En: nuevas tendencias en la medición y análisis de la calidad de vida: aplicaciones e implicaciones de la política. Manizales, CRECE. P. 24-25.